**FORMULAIRE CONCOURS-PHOTO LTPS**

**Nom**:

**Prénom**:

**Adresse privée**:

**GSM**:

**Adresse mail:**

**Classe LTPS:**

**Centre de formation :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N° de la photo** | **Date de prise de vue** | **Lieu de prise de vue** | **Titre / légende de l’œuvre** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

Par la présente, je soussigné(e) (Noms et Prénom):

déclare avoir pris connaissance des conditions de participation au concours- photo LTPS et d’y adhérer. Les personnes sur la/les photo(s) étaient d’accord avec la prise de cette photo et je suis d’accord pour mettre ma/mes photo(s) à disposition du LTPS à des fins pédagogiques.

Date: Luxembourg, le

Signature: